

do della anestesia tattile e quello delle anestesie al dolore od alla temperatura. Ora in parecchi casi di malattia del Morvan, viene precisamente indicata questa sproporzione: l'anestesia tattile è molto lieve, mentre sono molto rilevanti l'anestesia e la termo-anestesia. Per es., in una inform del Morvan (oss. X) la sensibilità tattile è sì lievemente lesa da essere percepito lo strisciare di un canno di penna; invece la termo-anestesia è tale da non essere per nulla sentita una temperatura di 70°. Ciò che da ultimo finisce di rovesciare la fragile bilancia, che si è tentato d'innalzare tra la malattia del Morvan e la siringomiella, è che la dissociazione dell'anestesia si è talvolta osservata nella malattia del Morvan come nella siringomiella più tipica. Se ne fa menzione nelle osservazioni di A. Broca e H. Davot. Si trova anche indicata all'inizio in alcuni infermi del Morvan (oss. I, IX, X). Vi è anche in parecchi casi, di cui uno con autopsia, diagnosticati per siringomiella da Roth e dallo Czerny e che l'Oger ha collegati a quest'ultima malattia, tanto era difficile trovare una ragione plausibile per distrarli.

Incompra, per poco che si continui nei particolari l'analisi delle osservazioni, si vede quanto svaniscono i limiti troppo artificialmente tracciati tra questi due tipi clinici e come sia facile passare dall'uno all'altro con transizioni per così dire insensibili. Ciascuno dei segni dati come distintivi non ha che un valore relativo; tutta la differenza si riduce ad una questione di frequenza, vale a dire che si può conservare in clinica un tipo del Morvan, ma non già che una lesione siringomielica sia incapace di produrre questa sindrome eintomatica.

Se la clinica è impotente a separare formalmente il tipo del Morvan dalla siringomiella, lo studio delle lesioni fornisce almeno qualche carattere che permetta di farne due entità nosologiche autonome? Il numero dei casi è qui ristrettissimo. Le prime ricerche anatomiche eseguite dal Gombault in un caso di parencico analgesico osservato dal Monod e dal Reboul (1) si riferiscono solamente a dita amputate.

(Continua)

LAVORI E LEZIONI ORIGINALI

LABORATORIO PATOLOGICO DELL'OSPEDALE INCURABILI DI NAPOLI, diretto dal prof. ANASTASI. — Su di un nuovo metodo di innesto chirurgico glandolare — Dott. ENRICO AISVOLZ.

1. Uno degli argomenti che più destano l'interesse degli studiosi è senza dubbio quello relativo alla questione degli innesti chirurgici, o trapiantamenti di tessuti, su di una superficie granulante, poco adatta alla spontanea riparazione cicatriziale. L'interesse è legato non soltanto a ragioni pratiche, ma altresì a ragioni teoriche. Dal Réverdin in poi, la letteratura offre larga serie di produzioni; ma, ad onta di numerosi sforzi, non ostante 25 anni circa di ricerche, molti problemi, risolti dalla pratica,

rimasero in una completa oscurità, dal lato puramente scientifico. La dimostrazione, insomma, della possibilità di riparare artificialmente al dificiente processo di naturale riparazione, fu compito meritevole di ogni considerazione; ma dimostrare le leggi biologiche dei fatti, il perché intimo del fenomeno, in tutto le sue modalità, richiese tentativi incessanti, i quali nondimeno furono lungi dall'acquistare alla scienza nozioni ben fondate.

Il tentativo del Réverdin trovò l'accoglienza più interessata presso la classe medica; egli aveva gettato un quesito alla chirurgia ed all'etologia, non senza un corredo di personali ricerche, le quali sono rimaste nel loro giusto valore. Dopo di lui, dappertutto sursurono nuove produzioni, che la brevità della mia tesi mi impedisce di ricordare parzialmente. Ma all'argomento resteranno a lungo legati nomi illustri, quali Amabile, Thiersch, Czerny; e di eletti ricercatori, quali Jacenke, Lindenberg, Wilson, Page, Machod, Prescott-Hewett, Leopold, Hamilton, Wolfier, Maas, Zahn e molti altri. — Io voglio però soltanto ricordare, che nell'ultimo decennio la questione del trapiantamento è stata a preferenza studiata sopra un materiale zooplastico. Così Allen (Lancet, nov. 1884) pel primo, ha sperimentato gli innesti di pelle di rana; Petersen (Wrathe, 1885) ha ripetuto con successo odesto trapiantamento, tagliando piccoli pezzi di cute, qui disinfettava in soluzione borica; il Parker e più tardi lo Smith (Med. News 1885 e Journ. of Amer. Med. Assoc. 1895) ripigliarono la precedente pratica dell'innesto di pelle di coniglio e della congiuntiva. Nel 1887 si trovano nuove contribuzioni allo innesto di pelle di rana, per opera di Vincent (Lyon Med.); Dubouquet, Barataux (Progrès med.) e Grange (Union med.) nonché Estor (Montpellier Med.).

In Italia, il Secondo (Giorn. R. Accad. di Med. di Torino 1887) ha pubblicato altre osservazioni, favorevoli all'uso di pelle di rana. Nello stesso anno il Kirla (Arch. Roum. Med. Chirg. 1887) ha reso noto il risultato favorevole dell'innesto di pezzetti di grande epilpion di agnello. Nel 1888 il Wolfier (Centr. f. Chir.) ha ripresa la pratica dello Czerny, usando largamente innesti di mucose umane od animali, con buon successo. Seguono poi le ricerche di Réverdin (Soc. de Biolog. 1888) e quelle di Orsel (Lyon. Medical 1888), dalle quali è attribuito un grande valore alla pelle di pollo, perché morbida, vascolarizzata, facile all'adesione. Finalmente nel corrente anno, sono apparse interessanti ricerche di Diatschenko (Cent. f. d. med. Wissurs. Set. 1890) su gli innesti di mucose.

Assolutamente da parte, si trovano le osservazioni sull'applicazione di spugne aereate, introdotte nella pratica da Hamilton; e dopo di lui mostrarono una pertinacia, degna più di considerazione anziché di imitazione, i chirurghi: Franks ed Abraham, Thompson, Normann, Porritt e Ambroasio. Adunque, negli

ultimi anni, gli studi sulla trapiantazione hanno riguardato specialmente un materiale zooplastico: è d'uso far rilevare, a vantaggio della mia tesi, che si trattò sempre di trapiantare tessuti cutanei.

A chi osserva sinteticamente la questione, accade di rilevare che, allo scopo unico di favorire la cicatrizzazione, si adoperò svariato materiale. Costi ai frammenti dermo-epidermici succedettero gli innesti di semplice epitelo (Sé); e dal materiale umano si passò a quello animale, mammiferi, uccelli, batraci, ecc. Ma, mutatis mutandis, la chirurgia si avvalse, a quel che lo co, sempre di un tessuto epiteloide di rivestimento o protezione, sostituendolo a quello mancante. L'indirizzo differente dato dall'Hamilton con l'introduzione anzidetta di spugne asettiche, da applicare sulle piaghe; le differenze grandi del materiale, e i risultati finali, pur conformi allo scopo, — mentre dal lato pratico rendevano forse più esemplare il trattamento chirurgico, dal lato teorico rendevano più ardua la spiegazione del meccanismo biologico riparatore. Di quei ri tentativi di innestare sulle piaghe le membrane eierose, mi sembra superfluo occuparsi, perché, o io m'inganno, o essi non s'informano ad alcun principio embriogenetico razionale e non possono sottrarsi alla demolizione di una critica accurata.

II. Nell'occuparmi, da alcuni anni, ad apprendere quel che spetta alla tecnica degli innesti, alla loro fisiologia, io ho potuto seguire dappertutto la pratica dei differenti metodi; e mi parve di poter rilevare che una delle ragioni, se non la precipua, dei facili insuccessi sia da attribuirsi alla scelta di materiale, non sempre guidata dall'unico criterio scientifico meritevole di valore, cioè quello embriogenetico. Tale concetto mi fu convalidato dall'esperimento che io venni progressivamente facendo, a preferenza nella clinica del mio maestro prof. De Giacomo. Gli innesti eseguiti alla maniera di Réverdin, Amabile, Thiersch e successive modifiche, serbano il loro grande valore, malgrado i nuovi tentativi di innesti zooplastici. Ma chi ne ha pratica, conosce come essi non siano scompagnati da difficoltà rilevanti.

D'altra parte a me sembrò, osservando parecchi casi di trapiantazioni con pelle di rana, coniglio, pollo ecc., che esse avessero un valore molto discutibile, e forse quasi sempre dubbio, se pur non il voglia loro attribuire un infusso affatto meccanico. La applicazione di pezzetti di spugna secondo l'Hamilton, chiamata da altri con l'erronea denominazione di trapiantamento, benché riesca talvolta a far conseguire la guarigione, può offrire molto campo alla critica; e, a parer mio, non ha nulla di scientifico; e soltanto da chi considera i fatti con poca larghezza di vedute, può essere elevata a metodo; nel suo significato vero, essa è né più né meno che una medicazione antisettica, non un innesto, e molto meno un trapiantamento.

La scelta del materiale opportuno non può esser fatta prescindendo dalla serie di processi sottili, che ci hanno appreso nu-

marosi studi, sulla riparazione fisiologica o sulla riproduzione epiteliale. Ogni incurtezza, ogni procedimento a tentoni, è dipeso dalle difficoltà di stabilire, con dimostrazione sicura, quanta parte avesse in tali esperimenti la qualità del materiale trapiantato; quanta il terreno su cui vien fatto l'innesto; quanta tutto l'insieme di cure prodigato nel trattamento della superficie da cicatrizzare; finalmente sarà dipeso, anche, dalla trascuratezza delle leggi, che regolano la rigenerazione dei tessuti.

Le difficoltà sono indubbiamente gravi: colpire i vari momenti delle trasformazioni cellulari; stabilirne la provenienza; determinare in che consista la cosiddetta influenza catabolica, e quella soltanto fisica, sono questi non dappoco. La questione fu dibattuta quasi sempre sotto duplice aspetto; e si discusse forse fin troppo, allo scopo di determinare se si trattasse di cicatrizzazione proveniente da sviluppo cellulare, del pezzo innestato; oppure da una riattivazione della produzione epiteliale marginale, sotto l'influsso del materiale trapiantato. Malgrado però la notevole difficoltà di osservazioni, capaci di fornire criteri, dai quali risulti chiara la vera genesi epiteliale, vi sono tra l'altro, conoscenze precise, le quali da Iverdin in poi, hanno deposto in favore dell'allargamento e della progressiva espansione dell'isola innestata, fatti osservati da *ciac*; e vi sono inoltre le classiche esperienze di Pollok e Bryant, i quali dimostrano che piccole isole dalla pelle di negro, innestate su la piaga di un bianco, vi si estendono fino a divenire, dopo 10 settimane, di un'estensione venti volte maggiore della primitiva.

In seguito riuscì di osservare altrettanto a Troup Maxwell (*Phylog. Med. Times* 1873), mettendosi in condizioni inverse delle precedenti; e poi al Maurel (*Gaz. Méd. de Paris* 1878) adoperando pelle di differenti razze umane. Che poi si sia rilevato dai vari autori una modificazione di colore dell'isola cutanea, in modo che essa perda i suoi primitivi caratteri, è questo un fatto di altro valore, il quale mostra semplicemente le modificazioni nutritive necessarie, e di adattamento del pezzo trapiantato, alla vita del nuovo terreno d'impianto. Codeste osservazioni dunque, pongono già fuori dubbio che il pezzo innestato abbia vita e sviluppo autonomo. Riguardo all'altra questione, circa l'influsso esercitato sulla produzione marginale dell'epitelio, non solo esso è un fatto associato, ma già a priori bisogna ammetterlo, come un influsso affatto fisiologico. L'azione di presenza, altrimenti detta catabolica, ha a parer mio un significato molto meno vago, di quel che a prima giunta possa sembrare; non deve esservi di riflesso, dopo che, disseminando tutto quel che accade nel campo esteso della biologia fisiologica e patologica, dalla flessione della cellula ovarica, a quella cancerigena, riesce di riscontrare esempi numerosi di innesti spontanei, in cui, sotto l'influsso dell'elemento innestato, il terreno che lo accoglie subisce a sua volta delle modificazioni chimiche e morfologiche, così da ren-

dere più conforme al risultato di vita o mirtidica.

Costi come nel mondo vegetale esiste un rapporto intimissimo tra terreno e pianta, di tale che la vita dell'una importa modificazioni chimiche nell'altra, dal pari nel mondo animale, bisogna concepire che tutta la serie di trasformazioni avvengono in questo ordine di ricorrenza, dalla nuova un fondamento chimico complesso, il cui risultato ultimo rappresenti una somma di adattamenti fisiologici. Non è possibile concepire che la produzione di tessuto epiteliale sia indipendente dalla elaborazione chimica di un materiale, la cui costituzione ci è in gran parte ignota, ma che rappresenta, senza dubbio, uno stadio singolare nelle trasformazioni della materia, senza del quale non esisterebbe quel carattere morfologico e funzionale, che è proprio del tessuto in parola. Nulla dunque può concepirsi nella morfologia, che non abbia un fondamento iniziale nell'immensa serie di processi chimici dell'organismo. È quindi molto probabile, che quando anche un pezzo innestato, per ragioni oscure non abbia vita autonoma, non si ingrandisca, — diventi nullamente centro di elaborazione chimica di un materiale nutritivo, che renda capace di nuova produzione il tessuto epiteliale marginale, o predisponga il terreno granulare alla produzione di elementi, dotati di potere cicatrizzante sicuro.

Dalla verità di codesto promesso, si ricava la seguente deduzione: cioè che gli effetti debbono essere tanto più spiccati, quanto più elevato sia il potere biologico del tessuto di cellula trapiantato sulla piaga. Questo concetto mi fu di guida alla ipotesi che l'insieme di tutti i fattori meglio rispondenti alle qualità richieste, si dovesse trovare nell'innesto delle varie ghiandole; appartenenti alle ommozioni del foglietto epiblastico, le quali insieme con un potere embrionale più energico rispetto all'epitelio marginale, serbano nei loro osso dello affinità biologica, legata alla comunanza di origine. Sperimenti quindi gli innesti di testicolo, mammelle e ghiandole salivari, e i risultati furono tali da superare perfino la mia aspettativa.

(Continua)

RIVISTA DELLE CLINICHE E DEGLI ISTITUTI SCIENTIFICI

CLINICA CHIRURGICA DELL'OSPIZIO DELLA
SALPETRIÈRE DI PARIGI. (Dot. TRENOLLE).
— Cura chirurgica delle peritonite tubercolose.

Imprendiamo a studiare oggi una malattia, che, per lungo tempo, è stata sotto il dominio delle mediche, ma che oggi ricorre sempre più nel campo della chirurgia. Intendo parlare della peritonite tubercolare, di cui abbiamo un esempio classico, nel nostro reparto.

Spessa volte avete visto nella sala Lallemaud una giovanetta di 16 anni, pallida, anurica, che presentava una deformazione speciale della regione addominale. Il ventre è globoso, come quello di una donna, colpita da cisto del fovaie.

Allorché si fa la palpazione, si tocca una massa rotonda, che riempie, quasi per intero, la cavità addominale. La superficie di questa massa non è liscia, come quella delle ciste, ma granulosa ed ineguale. Se si procede alla percussione, si rinnoce mormoragioni e peritettuali del ventre; e secondariamente lievi rumori di gorgoglio descritti sotto il nome di *grida intestinali*.

All'apice di questi fenomeni, per far una diagnosi precisa, abbiamo sottoposto l'inferma all'anestesia cloriformica. Ottenuta la rilassazione muscolare, abbiamo riscontrato che le pareti addominali era già rilasciate. L'apparenza di tumore addominale non è così chiara, ma si toccano piccole granulazioni dure, disseminate alla superficie dell'intestino. Nel fianco sinistro, e soprattutto in quello destro, si trovano due e tre massi del volume di un uovo picciolo arancia. Le sfregamenti peritoneali si riscontrano quasi se tutta la superficie addominale. Abbiamo anche eseguito il ricetto retale, che non ci ha fornito alcun segno importante.

Anche in questo caso ci troviamo la presenza di una lesione del peritoneo, che ha provocata una contrattura secondaria dei muscoli della parete addominale anteriore; contrattura che menisce un tumore. Del resto, il fatto non è nuovo ho potuto mostrarvi, tempo addietro, almeno due casi laterali, che erano stati a mia diretta con diagnosi di ciste ovariche, e che, in verità, non avevano che la contrattura dell'addome con impalpabile.

Intanto, fra questi sintomi addominali dell'isterismo, simulando un tumore, ed il caso attuale esiste una grandissima differenza. Nelle isteriche l'apparenza del tumore scompare completamente sotto l'influenza del caso anestetico; qui, per contrario, il ventre presenta sotto le pareti alcune parti dure, resistenti, superficiali, in rapporto all'intestino; questo indica una lesione del peritoneo.

La nostra inferma, adunque, presenta peritonite tubercolare: la storia clinica depone in favore di questa diagnosi.

L'inferma è stata sempre malaticcia. Tra anni addietro ebbe soffocanze nell'addome con vomiti e diarrea. La sua malattia, probabilmente, rimonta a quest'epoca. In seguito stette bene, ma nel gennaio ultimo gli stessi disturbi ricomparvero, con maggiore intensità, nell'epoca della mestruazione.

Posteriormente l'inferma ha sofferto dolori addominali i vomiti frequenti, durati per alcuni giorni, l'abbazia esaurita. Infine, la paziente ha avuto alternative di stitichezza e di diarrea. Da un mese è costretta a stare a letto.

Diante a questi disturbi funzionali, ogni dubbio si dissolve: si tratta di una peritonite tubercolare, sopraggiunta, senza causa apprezzabile, in una giovanetta; fatto molto frequente.

Ci corre l'obbligo di discutere la cura delle malattie; ma prima di questa, voglio descrivervi, in poche parole, le lesioni della peritonite tubercolare, il suo decorso e le complicanze.

Non insisterò sull'anatomia patologica di questa malattia; vi ricorderò le note essenziali dal punto di vista chirurgico.

Vi sapete che, allorché non si esamine all'autopsia o durante una laparotomia, il peritoneo tubercolare, le lesioni si mostrano sotto due aspetti diversi.

Nel primo caso la sierosa parietale, come quella